

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 20

TRAVAIL MÉDICAL DE LA CLINIQUE DU PROFESSEUR ROQUE

PARALYSIE FACIALE SYPHILITIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 novembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre-Auguste PREL

Né à Lyon, le 10 août 1885.



A. MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1912

PARALYSIE FACIALE

SYPHILITIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546716_0029

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 20

TRAVAIL MÉDICAL DE LA CLINIQUE DU PROFESSEUR ROQUE

PARALYSIE FACIALE SYPHILITIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 novembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre-Auguste PREL

Né à Lyon, le 10 août 1883.



A. MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYON.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET
BEAUVISAGE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale.		LÉPINE (Jean).
Chimie médicale et pharmaceutique.		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie.		MOREL.
Anatomie générale et Histologie.		X...
Physiologie.		GUIART.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire.		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.		LESIEUR.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.		COURMONT (P.)
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOYE-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—
Propédeutique urologique	GAYET.	—
Déontologie et médecine professionnelle.	MARTIN (Et.).	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	MARTIN (Et.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, Ch...
PATEL.	LATARJET.	CADE.	SAVY, Ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROQUE, Président; LÉPINE, Assesseur;
MM. LESIEUR, professeur et MOURIQUAND, Agrégé.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE, LUCIEN PREL

Avocat à la Cour d'appel

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUE

AVANT-PROPOS

Nous ne voulons pas terminer nos études médicales sans remercier les maîtres qui nous ont appris à aimer une profession digne entre toutes d'admiration et de respect.

Que MM. les professeurs Lesieur et Jean Lepine veuillent bien accepter toute notre reconnaissance pour la bonté avec laquelle nous avons toujours été accueilli chez eux, et pour l'aide qu'ils nous ont offerte si généreusement pendant les moments difficiles de notre vie d'étudiant.

Nous présenterons aussi nos respectueux hommages à M. le professeur Lacassagne, qui pendant fort longtemps a dirigé avec tant de bienveillance le cours de nos études.

C'est à M. Challier, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, que revient l'idée de cette thèse. C'est sous sa direction que nous l'avons écrite. Nous lui en sommes très reconnaissant.

Le docteur H. Violet, chef de clinique à la Charité, voudra bien accepter tous nos remerciements, pour

l'empressement qu'il mit à nous enseigner les premières notions de gynécologie.

Enfin nous souhaitons que tous nos camarades d'étude, les docteurs L. Danjat, Lassalle, Demole, Billot, Laffay, etc., gardent de nous le souvenir que nous aurons d'eux-mêmes : celui d'une bonne et sincère amitié.

INTRODUCTION

Avant d'exposer en détail les observations très intéressantes que nous avons pu recueillir sur ce sujet, il nous paraît nécessaire d'étudier cette maladie, que nous qualifierions volontiers d'accident dû à la syphilis, plutôt que de maladie surajoutée à cette dernière ; car, au fond, qu'est-ce que la paralysie faciale syphilitique précoce, par exemple, si ce n'est une névrite due à l'infection causée par la syphilis, chez un individu primitivement sain.

Et il nous a été facile, en comparant les autres névrites avec cette dernière, de ne pas trouver de différence autre que l'agent cause de l'infection. Ici nous relevons des névrites dues à l'influence, ici aux oreillons, là à la diphthérie, au typhus exantématique, à la lèpre, au zona, au rhumatisme articulaire, à la grippe, à la blennorrhagie, à l'alcoolisme et souvent à d'autres maladies infectieuses dont la nature reste indéterminée.

La syphilis n'est donc qu'une de ces nombreuses maladies, dont l'agent infectieux, soit par l'élaboration de ses toxines, soit par lui-même, produit une névrite, dont, dans le cas qui nous intéresse, le lieu d'élection se trouve d'être les nerfs de la septième paire ; et de même que dans l'alcoolisme, par exemple, elle se généralisera d'emblée à tous les territoires d'innerva-

tion, dans la syphilis, elle peut s'associer à d'autres paralysies : c'est ainsi que le trijumeau, le moteur oculaire commun peuvent se trouver en même temps envahis, et nous avons alors un tableau clinique dans lequel on peut relever outre, la paralysie des nerfs de la septième paire, des symptômes correspondants aux autres territoires d'innervation. Mais il est bien évident que la paralysie faciale syphilitique peut exister seule. Il semble donc que l'on puisse diviser en deux grandes catégories les différentes paralysies faciales syphilitiques :

A) Celles qui sont dues à une altération du nerf facial sur son trajet;

B) Les autres produites par une lésion encéphalique.

Les premières sont des paralysies faciales périphériques, portant sur la moitié correspondante de la face.

Les secondes sont des hémiplegies accompagnées d'une paralysie du facial inférieur seulement.

Donc *la paralysie centrale* reconnaît une lésion siégeant en amont de l'origine réelle de la septième paire, c'est-à-dire, sur la portion du trajet comprise entre le centre cortical du nerf et un point situé immédiatement au-dessous de son noyau d'origine bulbo-protubérantiel.

La paralysie périphérique, au contraire, dépend d'une lésion siégeant sur un point quelconque du trajet que parcourt le nerf facial, depuis son origine sous le plancher du quatrième ventricule jusqu'à sa terminaison dans les plaques motrices des fibres des muscles de la face.

La paralysie faciale syphilitique peut faire son apparition à toutes les époques de la maladie génératrice. C'est ainsi que l'on peut l'observer aussi bien au début et dans les tout premiers temps d'une syphilis, que plusieurs mois, ou même plusieurs années après la syphilis. Nous aurons l'occasion de mentionner des paralysies étant apparues pendant les premières semaines de la syphilis et d'autres qui sont survenues plus de vingt ans après. Mais l'époque à laquelle apparaît cette paralysie est pourtant de la plus grande importance, au point de vue pronostic, traitement, et surtout curabilité. Or, comme la gravité de cette paralysie est en raison directe de son apparition tardive, nous nous proposons dans cette étude d'envisager la paralysie faciale syphilitique se déclarant :

1° Chez un sujet porteur d'une syphilis récente ;

2° Chez un sujet porteur d'une syphilis ancienne.

Ce qui revient à dire que cette paralysie peut survenir au cours d'une syphilis à une époque rapprochée du début de cette maladie, ou à une époque plus tardive.

Il nous paraît maintenant nécessaire de décrire brièvement l'allure clinique de cette maladie.

Elle débute souvent par des picotements, des fourmillements, de l'engourdissement au niveau des lèvres et du menton ; tantôt c'est de la douleur au niveau des maxillaires, ou de l'œdème des paupières et des lèvres, plus fréquemment c'est un léger embarras de la parole, une difficulté de la mastication et une gêne pour remuer la mâchoire qui attire l'attention des malades. Dans d'autres cas, c'est subitement qu'un malade, qui la veille se portait bien, se réveille avec les traits de la

face déviées d'un côté ; il lui est alors impossible de siffler, de fumer ; il présente des troubles moteurs qui intéressent tous les muscles innervés par le facial. La paralysie de l'orbiculaire, par exemple, se traduit par l'impossibilité de fermer l'œil. Avec l'occlusion volontaire disparaît l'occlusion réflexe.

Le contact de la surface oculaire ou l'exposition à une lumière vive ne détermine pas ce mouvement de défense qui constitue le clignotement. Du côté malade l'œil est plus grandement ouvert que du côté sain, à cause de traction exercée par le releveur et surtout par les muscles de Muller, qui, d'une part, s'insérant sur les rebords orbitaires, d'autre part, sur les tarses supérieurs et inférieurs, tirent les deux paupières en sens inverse, augmentant ainsi l'ouverture de la fente palpébrale. La sécrétion lacrymale peut être normale ou incomplète par suite de la paralysie du muscle de Horner. La conjonctivite et la kératite s'observent également dans la paralysie faciale : conséquence de l'exposition constante de la conjonctive et de la cornée à l'air atmosphérique et du manque de clignotement. Enfin on peut obtenir par certaines manœuvres un phénomène bien constant dans la paralysie faciale. Lorsqu'on engage un malade à fermer les yeux, l'œil du côté sain se ferme énergiquement, mais on voit du côté paralysé le globe oculaire se convulser en haut, pendant que les paupières se rapprochent d'une certaine quantité. C'est ce phénomène qui a été découvert et bien étudié par Charles Bell. Malheureusement il n'est pas spécial à la paralysie faciale syphilitique. On le trouve dans tous les cas de lagophthalmie.

Au Congrès des neurologistes tenu à Bruxelles en 1903, MM. Dupuy, Du Temps décrivirent un nouveau phénomène palpébral constant. Le voici : « Chez les malades atteints de paralysie faciale complète, les paupières inférieures et supérieures s'abaissent dans le regard en bas, tout en restant plus écartées du côté malade que du côté sain. Dans cette position, si l'on commande au malade de fermer énergiquement les yeux, on voit les paupières supérieures du côté paralysé s'élever très notablement au-dessus de sa position. La paupière inférieure présente une ascension analogue, mais moins étendue.

Il est donc facile de conclure, après l'exposé rapide de ces symptômes, que la paralysie faciale syphilitique a une marche et une allure clinique semblables aux autres paralysies.

Il nous paraît maintenant nécessaire d'indiquer quel sera le plan que nous suivrons dans toute l'étude de cette maladie.

Nous exposerons :

DANS UN PREMIER CHAPITRE :

A. *L'étude étiologique et clinique :*

- α) De la paralysie faciale syphilitique précoce ;
- β) De la paralysie faciale syphilitique tardive.

DANS UN DEUXIÈME CHAPITRE :

B. *Les observations.*

DANS UN TROISIÈME CHAPITRE :

C. *L'anatomie pathologique :*

- α) De la paralysie faciale syphilitique précoce ;
- β) De la paralysie faciale syphilitique tardive.

DANS UN QUATRIÈME CHAPITRE :

D. Le diagnostic et le pronostic :

- α) De la paralysie faciale syphilitique précoce.
- β) De la paralysie faciale syphilitique tardive.

DANS UN CINQUIÈME CHAPITRE :

E. Le traitement :

- α) De la paralysie faciale syphilitique précoce.
- β) De la paralysie faciale syphilitique tardive.

DANS UN SIXIÈME CHAPITRE :

F. Les conclusions.

CHAPITRE PREMIER

A. — ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE ET CLINIQUE

α) PARALYSIE FACIALE SYPHILITIQUE PRÉCOCE

1° Elle est très fréquente. — Si nous nous reportons à une clinique que nous fit il y a quelque temps le professeur Roque, nous apprenons que cette paralysie peut débiter aussi bien pendant les premiers mois de la syphilis que pendant la période secondaire, et que c'est à cette dernière époque qu'elle apparaît le plus fréquemment. Le professeur Roque nous cite alors *sept* observations qu'il a pu recueillir entre *le premier* et *le septième* mois. Du reste, nous avons retrouvé d'autres documents publiant aussi la fréquence de l'apparition de la paralysie faciale syphilitique à cette époque, et nous résumerons en quelques mots les documents que nous empruntons maintenant au professeur Dieulafoy. Pour lui aussi la paralysie faciale syphilitique est très fréquente à la période primaire et secondaire. Enfin, nous publierons les observations empruntées au professeur Dieulafoy, qui jointes à celles qui nous ont été fournies par les professeurs Roque et Lannois, etc., suffiront amplement à démontrer que nous ne nous sommes point trop avancé en insistant sur la fréquence de cette paralysie dans les premiers mois de la syphilis.

2° Elle est totale et d'emblée en quelques heures. — Aussi ne survient-elle pas chez un individu sans causer chez lui une grande terreur. En effet, c'est brusquement au réveil qu'une personne qui la veille n'avait absolument rien d'anormal au visage, se trouve subitement incapable de siffler, de fumer, de manger. En un mot, on ne voit pas cette paralysie commencer par la bouche et s'étendre progressivement aux régions voisines. Au contraire, d'un seul coup tout le facial supérieur et inférieur se trouve paralysé dans toute son étendue. On conçoit dès lors facilement le désarroi intense qui s'empare de ces malades et pourtant bien à tort, car le troisième caractère de cette paralysie est d'être bénigne et de céder facilement au traitement.

3° Elle est bénigne. — Les exemples sont nombreux et nous n'avons qu'à donner maintenant le résultat thérapeutique des quelques observations que nous empruntons au hasard à différents auteurs.

Dans la thèse de Dargaud (1), nous voyons qu'une malade entre dans le service du professeur Dieulafoy avec le diagnostic de paralysie faciale syphilitique. Elle fut soumise au traitement suivant : une pilule de 5 cg. de protoiodure de Hg et 2 grammes d'Ik. Le résultat au bout de dix jours était satisfaisant, et la guérison complète survint en trois semaines.

Citons encore le résultat de l'observation que nous a fourni le professeur Roque

C. G..., gardien de la paix, le 25 janvier 1912, entre à l'hôpital avec le diagnostic suivant : « syphilis, roséole, wassermann

(1) Hémiplegie faciale dans la période secondaire de la syphilis. (Thèse de Paris, 1885.)

positif, paralysie faciale périphérique. Après vingt-trois piqûres de biiodure de Hg, le malade est sorti le 20 février 1912 presque totalement guéri ».

Et nous pourrions citer ainsi une série d'observations dont les résultats ne sont pas douteux, puisqu'ils ont tous été contrôlés dans les services.

4° Elle est de nature périphérique. — En effet, à quoi faut-il attribuer ces paralysies faciales précoces? Est-ce que les noyaux du facial sont détruits, est-ce qu'il s'exerce sur le trajet de ces nerfs une compression d'une nature quelconque? Il est juste d'admettre une névrite d'origine périphérique. Mais pourtant cette théorie qui paraît si vraisemblable pour la paralysie faciale unilatérale, devient au moins apparemment moins certaine pour les paralysies doubles. Ne devrions-nous pas alors plutôt penser à une lésion centrale qu'à une névrite d'origine toxique? Cédons ici la parole au professeur Dieulafoy : « Il semble pourtant, dit-il, que l'on doive admettre la névrite périphérique, même dans le cas de paralysie double, car : 1° la paralysie n'est pas double d'emblée; 2° s'il y a symétrie, nous savons que c'est une des habitudes de la syphilis, et les exemples d'artérite syphilitiques doubles sont pour nous une preuve de plus. Il est donc naturel de penser que la paralysie faciale double se produisant à quelques jours de distance, est un résultat de symétrie. »

5° Les courants électriques provoquent des réactions plus ou moins violentes — C'est encore là un des moyens qui nous permettra de différencier cette première sorte de paralysie, de la paralysie tardive, sur laquelle l'application des mêmes courants

ne provoquent aucune réaction. En effet, au bout de peu de temps et sous l'influence du traitement, on voit sur les premières les réactions des courants devenir entières.

6° Elle affecte quelquefois une forme douloureuse. — Il est en effet quelques exemples où l'on trouve associé à une paralysie faciale syphilitique précoce, des phénomènes douloureux intenses. En effet, dans une première catégorie de faits, alors qu'elle débute, on voit apparaître une céphalée plus ou moins violente, puis cette céphalée prend les caractères d'une névralgie. Quelquefois, on voit apparaître en même temps que cette névralgie faciale, d'autres névralgies, portant sur le sciatique, le cubital, les nerfs intercostaux. Mais dans une deuxième catégorie de cas, les douleurs assez fréquentes occupent une moitié de la face et siègent dans les régions temporale, génienne, auriculaire, mastoïdienne. Elles apparaissent sous forme d'élancements paroxystiques; quelquefois au contraire, elles sont continues et peuvent être suffisamment fortes pour empêcher tout sommeil. Tantôt ces douleurs précèdent la paralysie, tantôt elles éclatent avec elle, tantôt elles la suivent. Comment interpréter ces différentes formes douloureuses dans la paralysie faciale syphilitique, qui n'ont certainement pas la même origine.

Pour les premières, les phénomènes douloureux sont dus au tréjumeau; et il y a alors une coïncidence entre la paralysie de la septième paire et la névralgie de la cinquième paire.

Pour les secondes, l'explication est simple, depuis que l'on sait que le facial est un nerf mixte, sensitif et

moteur; et c'est vraisemblablement le nerf intermédiaire de Wrisberg, qui paraît être la portion sensitive de la septième paire. Ainsi se trouve expliquée la forme douloureuse de la paralysie faciale; mais cette forme douloureuse n'existe que dans la paralysie faciale syphilitique précoce. On ne la trouve jamais dans la paralysie limitée au facial inférieur associée à une hémiplégie d'origine cérébrale.

7° Elle peut se trouver associée à une paralysie de l'acoustique. — Si les cas de paralysie faciale syphilitique sont fréquents et bien connus, il n'en est pas de même des paralysies associées du facial et de l'acoustique. Actuellement ils sont mieux connus depuis la thèse de Jacquemart, inspirée en 1906 par le professeur Lannois. Jacquemart a pu trouver une dizaine d'observations rapportées dans sa thèse. Nous publierons au chapitre des observations un cas qui nous a été fourni par le docteur Ribollet. Ici nous nous contenterons de mentionner une fois de plus la prédilection de la syphilis pour le système nerveux. Les céphalées, les névralgies et enfin les paralysies isolées ou associées des septième et huitième paires en sont la preuve. Pour le cas qui nous occupe, nous pouvons dire que cette paralysie associée à l'acoustique peut débiter en même temps. Aussitôt, et avec la même brusquerie, prennent naissance les deux paralysies; mais fréquemment aussi les deux nerfs peuvent être pris simultanément à un intervalle plus ou moins grand.

Dans le cas publié par le docteur Ribollet, le malade se plaignait depuis quelque temps de phénomènes cérébraux avec céphalée et éblouissement, puis bour-

donnements d'oreilles, avec vertiges et troubles de l'équilibre, suivis de surdité profonde, et finalement de paralysie faciale. C'est la marche habituelle de cette maladie.

8° Elle peut être double. — Disons tout d'abord qu'elles sont très rares. Le professeur Lannois n'en a observé que deux ou trois cas, dont un a été présenté à la séance du 7 février 1912 de la Société des Sciences médicales de Lyon. Nous en publions plus loin l'observation, ainsi que celle de M. Bonnet, médecin de l'Antiquaille, présenté le même jour et le seul qu'il ait vu. Ces paralysies doubles syphilitiques affectent encore la même allure clinique que les paralysies unilatérales, avec cette différence que l'on trouvera des deux côtés de la face les mêmes symptômes que nous avons déjà mentionnés plus haut. Une fois de plus, nous ne pouvons donc mentionner la tendance que l'intoxication syphilitique affecte pour les lésions de symétrie.

β) PARALYSIE FACIALE SYPHILITIQUE TARDIVE.

La paralysie faciale syphilitique tardive se trouve ainsi bien nommée, puisqu'elle peut survenir dix ou même vingt ans après le début de la syphilis. Disons tout d'abord qu'elle présente deux variétés bien différentes l'une de l'autre. A la première, nous rattacherons tous les cas où le facial supérieur et inférieur sont seuls paralysés. Dans la deuxième catégorie, nous placerons la paralysie du facial inférieur, associée à une paralysie des membres.

Les paralysies de la première catégorie, disons-le tout d'abord, sont des plus rares ; pourtant nous en avons trouvé un cas rapporté par le professeur Dieulafoy : « Le malade en question arrive dans le service avec une paralysie du facial ; cet homme avoue la syphilis contractée pendant son service militaire en Algérie. Du reste, la maladie cède au traitement (HgI^e). » Il était donc bien permis de penser que l'on se trouvait en présence d'une paralysie faciale syphilitique.

La possibilité de telles paralysies paraît être en effet évidente, puisque nous savons qu'au cours d'une syphilis les nerfs de la septième paire ne sont pas les seuls à pouvoir être atteints. C'est ainsi que, très fréquemment, la troisième paire peut aussi se trouver paralysée. Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins vrai qu'elle est infiniment plus rare que la paralysie faciale précoce.

Nous ne pourrions, dans l'étude des paralysies tardives de cette première catégorie, que répéter l'étude clinique et étiologique des paralysies précoces dont elles ne diffèrent que par l'époque de leur apparition : aussi, pour ne pas tomber dans des redites, nous renvoyons le lecteur à la première division de ce chapitre.

Les paralysies tardives de la deuxième catégorie sont au contraire toujours différentes des paralysies précoces, car elles sont :

1° Elles sont fort graves. — En effet, tandis que les paralysies faciales tardives de la première catégorie sont très rares, celles de la seconde variété se trouvent d'être infiniment plus fréquentes. Les premières reconnaissent les mêmes lésions anatomiques que celles des paralysies précoces, c'est-à-dire des

lésions périphériques ; les secondes, au contraire, sont dues à des lésions centrales toujours fort graves. Elles ne sont, en un mot, que des hémiplegies associées à une paralysie du facial inférieur — seulement.

2° Elles sont généralisées rarement à tout le nerf d'emblée. — La maladie ne se présente pas brusquement et effraie moins les malades. Ceux-ci sont seulement hantés par l'idée d'une attaque possible, car ils constatent la déviation de leurs traits, la torsion de leur bouche ; mais les mouvements des yeux restent normaux, les larmes ne s'écoulent pas sur leurs joues. En un mot, ce ne sera que progressivement que l'on verra leur bras plus maladroit, leur main serrer moins fort et, peu à peu, l'hémiplegie se complètera.

3° Elles sont d'origine centrale. — C'est-à-dire que la lésion touche au centre cortical ou qu'elle se trouve sur le trajet reliant le centre cortical au noyau bulbaire. Il y a donc véritablement lésion cérébrale.

C'est ainsi qu'en examinant ces malades, nous trouverons non seulement des signes de paralysie faciale, mais encore des symptômes d'hémiplegie. Le bras de ces malades est plus lourd, la sensibilité y est émoussée. Ils sont plus maladroits. Les mouvements s'exécutent avec beaucoup plus de difficulté. Aux membres inférieurs, nous retrouverons semblables anomalies : sensations de pesanteur dans la jambe : impossibilité partielle ou totale de pouvoir la remuer ; sensibilité émoussée.

Il y a donc bien là hémiplegie ; et si nous trouvons en plus une paralysie du facial, il faut la considérer

comme une complication, comme une paralysie ajoutée à l'hémiplégie. Il y a en réalité une hémiplégie, plus une paralysie faciale syphilitique.

4° Les courants électriques ne provoquent à peu près aucune réaction. — Nous avons vu que l'application de courants électriques provoquaient sur les paralysies faciales précoces des réactions plus ou moins intenses, mais qui tendent à devenir de plus en plus entières. Ici, au contraire, l'application des mêmes courants ne provoquera pour ainsi dire aucune réaction et, en tout cas, si celles-ci existaient encore partiellement, elles tendraient à s'affaiblir de plus en plus, jusqu'à disparaître totalement.

Venant contrôler cette étude clinique et étiologique que nous avons maintenant terminée, nous publierons les observations suivantes.

CHAPITRE II

B. — OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle)

(Hôtel-Dieu, P^r ROQUE.)

C. G., gardien de la paix, entre à l'Hôtel-Dieu le 20 février 1912 pour une paralysie faciale gauche. Rien à signaler dans ses antécédents péréditaires. Ses antécédents personnels nous apprennent qu'il n'eut jamais aucune maladie dans l'enfance. Au régiment, il eut une bronchite aiguë, qui dura relativement peu de temps et qui guérit totalement. Depuis lors, il s'est toujours bien porté. Il n'a pas maigri et n'a pas perdu ses forces. Il y a trois ans, il eut un chancre sur le prépuce, dont il reste actuellement une cicatrice très nette. Il fut soigné à l'Antiquaille. Depuis, il n'a jamais suivi aucune espèce de traitement. Il y a cinq ou six jours, il fit un peu la fête avec des amis ; il prit un peu froid et le lendemain en se réveillant, il s'aperçut que sa face était paralysée.

A l'examen. — C'est l'aspect classique de la paralysie faciale complète. Toute la moitié gauche du visage est paralysée, facial supérieur et facial inférieur. Le malade ne peut siffler, ni exécuter aucun mouvement avec les muscles du côté gauche de la face. La paupière gauche est ouverte, et il est absolument impossible de la fermer. Les larmes s'écoulent sur les joues. La langue n'est pas déviée. Le voile du palais ne semble pas paralysé. Il n'y a pas de plaques muqueuses sur la langue, ni ailleurs, mais on trouve une roséole typique, ainsi que des syphilides

croûteuses dans les cheveux. Le prépuce montre une cicatrice blanche, reliquat du chancre antérieur.

Le cœur et les poumons ne présentent rien d'anormal.

Pas de température. Wassermann positif.

Le malade est resté quinze jours dans le service : quand il est sorti sa paralysie faciale était presque complètement guérie. Il persistait seulement de la paresie de l'orbiculaire gauche. Les mouvements synergiques d'occlusion des deux yeux étaient approximativement normaux, sauf la diminution de la force de contraction ; mais la fermeture isolée était impossible.

Actuellement, la paralysie a presque totalement disparu.

Le traitement a consisté en plusieurs séries de biiodure d'Hg de 0,04 cent. Dès la première série la paralysie s'est amendée.

OBSERVATION II

(Hôtel-Dieu, Dr ROQUE.)

Nous avons eu ces derniers jours dans le service un malade, qui n'accuse aucun antécédent héréditaire, ni personnel. Mais trois mois auparavant, il eut un chancre net sur le gland, lequel laisse actuellement une cicatrice très visible. Il fut soigné alors pendant quinze jours par des frictions de Hg. Depuis, il n'a pas fait d'autre traitement. Il y a huit jours apparut une poussée de roséole typique, et aussi quelques plaques muqueuses. Il y a sept jours, le matin au réveil existe une paralysie faciale complète et d'emblée. Le masque est asymétrique. Tout le côté droit de la face est affaissé. Il n'y a pas de pli au niveau du front, ni de la face droite. L'œil du côté droit est largement ouvert. La queue du sourcil est allongée à droite.

Quand il respire, la joue droite est soulevée ; le malade « fume la pipe ». Il nous dit, qu'il ne peut pas cracher. La parole est difficile. Il ne peut pas siffler. Il ne peut pas clore la pupille droite. Epiphora constant. La conjonctive est enflammée. Le réflexe conjonctival est perdu, et il en est de même du réflexe cornéen. L'aile du nez est flasque et aplatie. Le sillon naso-labial est effacé et plus oblique que normalement.

Toute cette asymétrie s'exagère quand on fait rire le malade, ou qu'on lui commande d'ouvrir la bouche. La bouche est oblique, ovulaire; la lèvre inférieure est plus allongée, plus renversée que du côté sain. La gencive est décolorée.

Il n'y a pas de troubles de l'audition, ni de la gustation.

Il n'y a pas de douleurs névralgiques. Donc, en résumé nous avons chez ce malade tous les troubles d'une paralysie faciale survenue en une nuit et d'emblée chez un syphilitique.

Après un traitement au biiodure de Hg le malade guérit.

OBSERVATION III

(Clinique médicale, Hôtel-Dieu. Paris, 1898-1899. Pr DIEULAFOY.)

Un homme, 25 ans, atteint de chancre syphilitique est pris cinq semaines plus tard de paralysie faciale du côté droit. On décèle les symptômes ordinaires. Le résultat du traitement et le traitement lui-même ne sont pas indiqués.

OBSERVATION IV

(VIDAL DE CASSIS.)

Un homme a un chancre syphilitique en février; la roséole apparaît après et en avril se déclare une paralysie faciale. Après huit jours de traitement Hg, la paralysie faciale a disparu.

OBSERVATION V

(MAURIAC.)

Un homme, 71 ans, a un chancre syphilitique fin juin; quatre jours après apparaît la roséole et quarante-six jours après le début de la maladie apparaît une paralysie faciale droite. M. Mauriac institue le traitement Hg. Un mois plus tard la paralysie avait presque complètement disparu.

OBSERVATION VI

(VIDAL DE CASSIS.)

Un homme, 27 ans, a un chancre syphilitique. Un mois plus tard apparaît la roséole ; et bientôt survient une hémiplegie faciale. Le résultat du traitement n'a pas été donné.

OBSERVATION VII

(IVAREN.)

Un homme, 30 ans, a un chancre syphilitique, quatre mois plus tard, apparaît une hémiplegie faciale, guérie en quelques semaines par le traitement mercuriel.

OBSERVATION VIII

(KUORRE.)

Un homme de 30 ans a un chancre syphilitique. Six semaines après, une roséole, et à la septième semaine apparaît une hémiplegie faciale droite, guérie en six semaines par le traitement mercuriel.

OBSERVATION IX

(LANE.)

Une femme a un chancre syphilitique à la lèvre. Au septième mois apparaît une paralysie faciale du côté droit. En dix-huit jours de traitement mercuriel et ioduré, la paralysie disparaît.

OBSERVATION X

(VALLET.)

Une femme, 24 ans, atteinte de syphilis, voit deux mois après le début de l'infection apparaître une paralysie faciale droite. La malade, traitée par la galvanisation, par le mercure et l'iodure, a guéri.

OBSERVATION XI

(Service du P^r LANNOIS.)

Paralysie faciale double.

C'est un malade, dans les antécédents héréditaires duquel, on ne relève rien de particulier et aucune maladie dans ses antécédents personnels. Au mois de septembre 1911, il voit apparaître une érosion sur le prépuce, pour laquelle il va consulter le docteur Dray. Celui-ci diagnostique un accident primitif classique du sillon balano-préputial à gauche. Le malade est mis au traitement par les pilules de Dupuytren. Vers le 40 octobre surviennent des accidents secondaires du type papuleux, très tenaces, et qui font proposer au malade un traitement par le biiodure Hg intra-musculaire.

Il eut ainsi quelques piqûres de deux centigrammes de biiodure de Hg. Puis l'éruption s'améliorant, il fut remis aux Dupuytren.

Sur ces entrefaites, le 7 janvier, au cours d'une conversation, le malade sent brusquement une impossibilité de fermer l'œil gauche. Vingt jours après apparaît dans les mêmes conditions une paralysie faciale droite.

Le malade présente actuellement une paralysie double, ou plus exactement une parésie double, un peu plus marquée néanmoins à gauche.

On constate les signes habituels. La face est atone et sans expression, le 'masque immobile. Pendant les mouvements, impossibilité de souffler, de faire des grimaces. La langue est peu déviée à gauche. Il n'y a pas de paralysie de la luette et du voile du palais.

Le facial supérieur est touché également, et le malade ne peut fermer les yeux. Le réflexe palpébral a disparu.

La mastication est difficile, et les aliments restent dans le sillon gingivo-labial. Il n'y a pourtant pas de gêne de la déglutition. La voix est mal articulée, mais la phonation est en somme peu troublée.

Il n'existe pas de troubles dans le domaine sensitif du trijumeau, pas de douleurs mastoïdiennes. Nous n'avons trouvé aucun trouble de l'ouïe, ni de la fonction gustative. Il n'y a absolument pas de paralysie, ni d'anesthésie au côté des membres et les réflexes sont normaux. La ponction lombaire a ramené un liquide céphalo-rachidien très clair, où l'examen n'a pas décelé de lymphocytose. Le malade n'a ni sucre, ni albumine.

Le traitement Hg, quoique suivi consciencieusement, n'a pas empêché l'apparition de la paralysie, et n'a pas semblé l'influencer beaucoup.

OBSERVATION XII

(BONNET, médecin de l'Antiquaille.)

Autre cas de paralysie faciale double syphilitique.

Anne H..., 25 ans, entre dans le service le 25 janvier 1910, pour un chancre; pendant son séjour apparaît une éruption secondaire. Elle sort du service le 1^{er} avril.

Le 16 juillet, elle revient avec une paralysie faciale double. Elle raconte que, depuis un mois, elle a des maux de tête assez violents, et que la paralysie faciale a débuté insidieusement il y a quinze jours. Paralysie faciale double typique, intéressant à la fois le facial supérieur et inférieur. Céphalée très vive. Quelques vomissements avant son entrée et pendant les premiers jours de son séjour dans le service. Diplopie transitoire.

Pas d'autres signes méningés. Pas de Kernig. Ponction lombaire : liquide clair, pas hypertendu, ne contenant que de rares lymphocytes.

Entre les deux séjours, la malade avait suivi régulièrement un traitement pilulaire. L'accident est survenu au cours de ce traitement.

On la traite par les piqûres de biiodure de 2 centigrammes. La céphalée disparaît rapidement. La paralysie faciale s'améliore régulièrement, mais plus lentement. Elle sort le 26 août complètement guérie.

OBSERVATION XIII

(P^r DIEULAFOY.)

Paralysie faciale syphilitique douloureuse.

Malade âgé de 40 ans, qui exerce la profession de fleuriste. Quand il est entré à l'Hôtel-Dieu, il a raconté qu'il était malade depuis cinq semaines. Il a d'abord éprouvé des douleurs faciales très vives, et une huitaine de jours après, il a été pris de paralysie faciale gauche généralisée. La bouche était déviée, entraînée à droite, vers le côté sain ; la joue gauche était flasque, immobile ; l'œil gauche restait continuellement ouvert, et le clignement était impossible. Le sens du goût était atteint ; une substance sapide déposée sur les deux tiers antérieurs de la langue du côté gauche ne détermine aucune sensation gustative. L'ouïe du côté gauche est émoussée. Les douleurs avaient débuté huit jours environ avant la paralysie, elles occupaient toute la moitié gauche de la face ; les régions temporale, génienne, auriculaire, mastoïdienne. C'est par l'oreille que ces douleurs avaient débuté, et qu'elles avaient acquis leur plus forte intensité. Le malade les comparait à une forte pression. Bien que continues, elles revenaient par accès paroxystiques plusieurs fois en 24 heures. La nuit, elles étaient assez intenses pour empêcher le sommeil. Le traitement par injections Hg fut appliqué, et dès la cinquième injection, les douleurs disparaissaient, et l'insomnie cessait. A la quinzième injection la guérison était complète.

OBSERVATION XIV

(D^r RIBOLLET.)

Un cas de paralysie associée du facial et de l'acoustique d'origine syphilitique.

M. P., 38 ans, se présente à mon cabinet le 4 août dernier, porteur d'une syphilis secondaire en pleine évolution. Il présente un chancre du fourreau datant de deux mois environ, et qui n'est

pas encore cicatrisé, faute de traitement approprié. Il a encore une adénite biunguine caractéristique, et présente de plus des accidents secondaires multiples assez sérieux; roséole généralisée, céphalées très intenses, arthralgies secondaires très marquées. En somme, il présente une syphilis méconnue jusqu'à ce jour, remontant à environ deux mois, datant par conséquent des derniers jours du mois de juin, et qui n'ayant pas été traitée dès son début revêt actuellement des caractères de malignité indiscutable.

Le malade ne pouvant se soumettre à un traitement suivi par injections de sels solubles, je lui prescrivis un traitement pilulaire par des pilules du bichlorure d'Hg, en l'engageant vivement à renforcer ce traitement par quelques injections hebdomadaires d'huile grise et je lui en faisais une le jour même de 10 centigrammes.

Malheureusement le malade ayant trouvé cette première injection douloureuse ne suivit pas mes conseils; il se contenta de prendre les pilules, et même il les prit d'une façon insuffisante et très irrégulière, puisque du 15 août au 8 novembre il ne prit guère qu'une cinquantaine de pilules. Il suivit donc assez mal son traitement. Mal lui en prit du reste, car il revint le 8 novembre, c'est-à-dire quatre mois et demi environ après le début de sa syphilis avec des accidents très sérieux. Outre les plaques muqueuses de la gorge et de la langue et une roséole, de retour très marquée, il présente en effet une paralysie faciale périphérique du côté droit totale, avec surdité latérale presque complète, des céphalées atroces avec insomnie et une sorte de vertige qui rend sa marche indécise et tutubante. Ces derniers accidents sont apparus de la façon suivante: le malade a commencé à avoir des bourdonnements d'oreilles avec vertiges et démarche vacillante vers le 11 octobre, puis, peu à peu, il entendit moins bien, et la surdité alla en s'accroissant rapidement jusqu'au 1^{er} novembre. En même temps il souffrait toujours de violents maux de tête, qui rendaient le sommeil impossible. Le 3 novembre, il n'entendait presque plus, et le 6 novembre, il se réveilla le matin avec la moitié droite de la face complètement paralysée.

C'est dans cet état et porteur d'une paralysie, associée du facial et de l'acoustique tout à fait typique, qu'il se présente à mon cabinet le 8 novembre.

La paralysie faciale se montre chez lui avec ses symptômes syphilis au complet ; les muscles de la face du côté droit sont flsques et ont perdu leur motilité volontaire, les traits sont bouffis et le pli naso-labial effacé. L'œil droit est largement ouvert, et le malade ne peut absolument pas fermer complètement la paupière. La bouche déviée du côté droit, la langue est également déviée à gauche. Le malade ne peut souffler ; la mastication est gênée, les aliments s'accumulent entre la gencive et les buccinateurs paralysés. Le malade présente également des altérations du goût, il ne sent pas la saveur des aliments, quand ceux-ci se trouvent dans la partie droite de la bouche. Il présente également un affaiblissement marqué du voile du palais du côté droit, et la luette est nettement déviée à gauche. Bref, il présente tous les symptômes d'une paralysie faciale périphérique totale à droite.

De plus le malade présente une surdité très marquée et bilatérale, il faut que la montre touche complètement l'oreille, pour qu'il perçoive les bruits, et il faut lui parler très fort et d'assez près pour se faire comprendre.

L'examen otologique pratiqué par le docteur Ferran, le 16 novembre, alors que le malade était déjà amélioré par quatre injections de benzoate d'Hg, a donné les résultats suivants :

Du côté de l'audition, diminution considérable de l'acuité auditive des deux côtés. La montre n'est perçue qu'au contact de l'oreille. Epreuve Weber : le diapason au vertex est perçu très faiblement, pas de latéralisation, diapason sur les mastoïdes, perception faible, plus faible à droite qu'à gauche. Au point de vue de l'examen otoscopique, oreille gauche, tympan épaissi, impression de gonflement, mais pas de liquide au cathétérisme. Oreille droite : tympan droit cicatriciel, vaste perforation cicatrisée en haut et en avant.

· OBSERVATION XV

Raoul All..., 21 ans, instituteur, vient le 5 février 1904 à la

consultation de la clinique Charcot. Il présente une paralysie de la veille, où il s'est aperçu au réveil qu'il ne pouvait plus fermer l'œil gauche. Il n'accuse aucun trouble du goût, ni de l'ouïe, et offre la déviation caractéristique des traits et de la langue vers la droite, et enfin une légère difficulté dans la déglutition.

L'examen électrique montre qu'il n'existe aucune modification quantitative, ni qualitative de l'excitabilité galvanique et faradique.

Examen de l'œil. Les yeux présentent la même ouverture : les paupières sont réunies pendant le sommeil, mais pendant la veille leur occlusion volontaire laisse un écartement de 3 mill. à gauche. Dans la vision en bas, l'écartement est également de 3 mill., mais dans l'effort d'occlusion, la fente se relève notablement.

Il s'agit d'un cas léger.

CHAPITRE III

C. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il nous a déjà été donné de parler des lésions du facial au cours de cette paralysie d'origine syphilitique. Maintenant, nous rechercherons avec plus de précision quelles sont les lésions que l'on peut trouver pendant, α une paralysie faciale précoce; β , pendant une paralysie faciale tardive.

α) PARALYSIE FACIALE PRÉCOCE

Il est assez difficile de parler d'anatomie pathologique au cours d'une paralysie faciale précoce, attendu que les lésions, si elles existent, sont d'une fugacité telle qu'on ne peut les apercevoir. Il faut donc considérer ces paralysies comme purement dynamiques, sans lésions et se produisant sous l'influence de la diathèse. Nous devons pourtant mentionner le cas de Caradec (dont l'observation est rapportée dans la thèse de Ménétrel), où des lésions apparentes étaient perçues à la période secondaire, non pas sur le facial, mais sur le saphène interne. « C'était une série de petits renflements ovoïdes, gros comme des grains de millet, au nombre de 25 à 30 dans son parcours fémoral, et de 10 à 20 dans son parcours jambier. Le sciatique poplité

présente également une série de renflements en chapelets rapprochés les uns des autres et analogues à ceux du saphène interne. Il y avait, en outre, une induration du tronc nerveux saillant et tendu comme une corde à violon ». De cette observation, il nous est donc permis de conclure qu'il serait possible, mais très rare, de trouver au cours d'une paralysie faciale précoce des lésions apparentes, par analogie au cas que nous venons de relater.

Nous avons de plus cherché à nous documenter sur le retentissement que pourraient donner des lésions sur le liquide céphalo-rachidien. Un seul fait est établi, l'existence des lymphocytes en quantité anormale.

β PARALYSIE FACIALE TARDIVE

Dans la deuxième catégorie de paralysie faciale syphilitique, on peut observer des faits de divers ordres. Dans un premier cas, il peut y avoir une formation syphilitique sur le trajet du nerf, d'où excitation, puis destruction du nerf. Il y a donc névrite par compression d'une gomme qui s'est développée sur le trajet du nerf.

Dans une seconde catégorie de faits, le nerf est envahi par une gomme, qui se trouve tout à côté de lui; mais il faut pour cela que son enveloppe ne soit pas trop épaisse; et ce ne sera donc que tout près de la sortie du cerveau que l'on pourra trouver semblables lésions. Il n'y a alors pas de limite tranchée entre le nerf et la déformation et l'on ne trouve plus que du tissu, gris, rougeâtre, ou jaunâtre et caséeux, qui forme la base de la tumeur.

Nous pouvons encore trouver des lésions syphilitiques primitives circonscrites ou diffuses. En 1882, Caradec raconte l'histoire d'une névrite syphilitique du saphène interne, avec névromes le long du trajet nerveux. En 1887, dans un mémoire des plus documenté Kallier revient sur le sujet et montra avec examens anatomiques à l'appui que les nerfs, les premiers et les plus atteints, sont précisément les nerfs craniens et en particulier l'oculo-moteur externe et le facial. Le nerf a perdu sur une étendue plus ou moins grande sa forme arrondie et sa couleur blanche. Il est transformé en une masse rougeâtre, fibreuse ou jaune, dure comme du cartilage, en un cordon plus gros que normalement et lardacé, enfin en cas de lésions anciennes ces nerfs peuvent être atrophiés ou complètement détruits. Voyons enfin, en quelques mots, en quoi consistent ces lésions du facial ? Elles sont en général de deux ordres : les premières sont des lésions de névrites parenchymateuses, les secondes sont des lésions de névrites interstitielles.

Comme lésions parenchymateuses, ce qui est observé au début, c'est « une prolifération du noyau et du protoplasma de chaque segment interannulaire ; puis il se fait une segmentation des éléments compris dans chacun des segments : la myéline est réduite en boules et en gouttelettes ; le cylindre axe se fragmente ensuite et enfin le tout subissant la dégénérescence graisseuse est repris peu à peu par les vaisseaux, grâce à des phénomènes d'osmose à travers la gaine de Schwann. Enfin bientôt de cette désintégration pathologique, on observe des tubes nerveux complètement vides. A

côté de ces altérations dégénératives se produisent des lésions d'un autre ordre, caractérisées spécialement par des lésions du tissu conjonctif et vasculaire ; et par l'épaississement de la gaine des nerfs.

CHAPITRE IV

D. — LE DIAGNOSTIC ET LE PRONOSTIC

α) PARALYSIE FACIALE PRÉCOCE

Le diagnostic porte sur deux points : reconnaître l'existence d'une paralysie faciale, ensuite déterminer quelle est la nature de cette paralysie.

Pour établir le premier point, ce sera chose très simple, car les symptômes sont abondants, c'est en effet les symptômes de toutes les paralysies faciales dont le tableau clinique a été exposé plus haut dans le premier chapitre. Nous croyons donc inutile de le décrire à nouveau ici. *

Mais le second point est peut-être plus difficile à établir ; quoique cette paralysie débutant dans les premiers temps de syphilis, il est encore possible de constater d'autres accidents qui concordent avec elles. C'est ainsi que l'on trouvera, soit un chancre sur la verge, avec des ganglions aux aines. Ce chancre sera ou non cicatricé, soit une roséole, soit des plaques muqueuses, soit des croûtes dans les cheveux ou autres syphilides. Il ne sera donc pas possible aux malades de cacher la maladie génératrice à l'interrogatoire. Il suffira donc au médecin qui se trouve en

présence d'une paralysie faciale de penser à la possibilité de la nature syphilitique et de décélérer celle-ci.

Le pronostic est toujours très bon, pourvu que les malades consentent à se traiter sérieusement ; et nous n'avons pas trouvé d'observation où la maladie ait eu une terminaison fatale. Donc le premier soin que doit avoir le médecin est de rassurer son client sur le résultat thérapeutique de cette maladie.

β) PARALYSIE FACIALE TARDIVE

Le diagnostic de cette paralysie est aussi facile à faire que celui de la paralysie faciale précoce, ses symptômes sont les mêmes, avec pourtant un peu plus de lenteur dans leur apparition. Mais ce qu'il y a certainement de beaucoup plus compliqué, c'est de déterminer la nature de la paralysie. En effet, l'interrogatoire ne fournit pas grand'chose chez la plupart des malades, qui nient la syphilis avec vigueur, même lorsqu'ils savent très bien qu'ils l'ont contractée dix, quinze, vingt ans auparavant. Mais cette maladie n'est-elle pas considérée comme maladie honteuse ? Il faut donc la cacher à tout prix, même au prix de sa santé ! D'autres malades au contraire ignorent qu'ils ont eu la syphilis, soit que celle-ci n'ait pas donné lieu à des accidents secondaires bien apparents, soit que ces malades l'aient confondue avec d'autres maladies : herpès, blennorrhagie etc... Il faudra donc conduire l'interrogatoire avec beaucoup de méthode pour faire avouer l'ancien chancre.

Celui-ci pourtant, et heureusement, laisse le plus sou-

vent à l'endroit où il a existé une cicatrice indélébile. Il faudra donc rechercher avec beaucoup d'attention la trace possible d'un chancre au niveau de la verge.

Les autres accidents secondaires ont complètement disparu sans laisser de trace, on devra alors avoir recours à d'autres moyens. En premier lieu faire un Wassermann qui, évidemment, n'a pas une valeur décisive, mais qui est un élément en faveur du diagnostic.

Enfin si l'on ne trouve rien dans les antécédents, il nous semble qu'il ne faut pas hésiter à faire l'application du traitement Hg : c'est lui qui fera le véritable diagnostic, par le résultat thérapeutique que l'on obtiendra.

Le pronostic est toujours fort grave, car les lésions anatomiques sont très marquées ; en effet, la plupart du temps il n'y a pas seulement paralysie faciale, mais une hémiplégie associée. On devra donc toujours réserver le pronostic.

CHAPITRE V

E. — LE TRAITEMENT

En jetant un coup d'œil rapide sur les quelques observations que nous avons publiées, il semble que le traitement mercuriel soit le plus efficace et le plus indiqué dans tous les cas. Pourtant nous nous proposons de diviser la question en deux chapitres distincts et d'envisager les moyens thérapeutiques à opposer : 1° à la paralysie faciale précoce ; 2° à la paralysie faciale tardive.

α) PARALYSIE FACIALE PRÉCOCE

Le traitement mercuriel trouve ici un emploi très indiqué. N'oublions pas de dire que l'on ne doit l'employer qu'après avoir inspecté avec précaution la bouche des malades et s'être assuré du bon état de leur dentition. Dans le cas contraire, il faudrait les faire soigner par un dentiste. Pendant toute la durée du traitement, le médecin devra exiger un entretien très soigneux de la bouche.

Les injections de biiodure ou de benzoate de Hg seraient certainement plus indiquées que l'absorption de pilules, dont le résultat est considéré comme peu

satisfaisant. Nous avons pu, en effet, nous rendre compte que la paralysie faciale syphilitique précoce était un accident dû le plus souvent à l'insuffisance du traitement et qui cédait très bien aux injections intramusculaires de sels de Hg et cela dans un délai très bref. Donc, pour instituer un traitement, on se laissera guider par l'intensité même de la paralysie, selon qu'elle sera unilatérale ou bilatérale, ou qu'elle sera associée avec d'autres accidents : névralgie, surdité, etc.

Dans tous les cas, on doit obtenir un résultat favorable, rapide et complet, étant donné le peu de profondeur des lésions nerveuses. L'association au Hg de Ik a été employé dans certains cas particulièrement graves. Mais il nous semble qu'à cette période on puisse facilement s'en passer, étant au moins dans les cas de paralysie unilatérale. On s'adressera encore à l'électrothérapie. On commencera par de la galvanisation continue avec des courants de 3 à 5 milliampères pour les muscles présentant de la réaction de dégénérescence. On évitera avec soin toutes les causes susceptibles de donner lieu à de la contracture secondaire.

Plus tard, on pourra provoquer des excitations de fermeture. Enfin, pour les muscles ayant conservé leurs réactions électriques normales, on pourra employer la faradisation, en ne provoquant que des secousses espacées et rares ne pouvant donner lieu au tétanos électrique. Mais l'emploi de l'électricité dans la paralysie faciale syphilitique doit être surveillé avec un soin particulier, car la contracture secondaire qui se produit parfois spontanément, est souvent provoquée par un traitement mal dirigé. Si elle apparaît, il faut inter-

rompre le traitement, et même le suspendre complètement, car cette contracture persiste longtemps, quelquefois indéfiniment.

β) PARALYSIE FACIALE TARDIVE

Nous devons encore diviser ce chapitre en deux parties, selon que cette paralysie sera due uniquement à l'intoxication syphilitique, ou bien qu'elle sera associée à une hémiplégie.

1° Les paralysies faciales syphilitiques tardives de la première espèce reconnaissent le même traitement, mais plus intensif que les paralysies précoces. Aussi, pour ne pas tomber dans des redites, nous renvoyons le lecteur au chapitre précédent.

2° Les paralysies faciales syphilitiques tardives de la deuxième espèce reconnaissent comme traitement, outre le traitement de la syphilis, le traitement de l'hémiplégie. Seulement le traitement Hg devra être renforcé, les lésions étant plus graves ; c'est ainsi que les injections intra-musculaires d'huile grise, de biiodure, de benzoate de Hg et l'enexol seront employées. On y ajoutera l'Ik à haute dose associé à l'application de sinapisme aux jambes, lavements évacuateurs, purgations. Enfin, l'électrothérapie trouvera encore ici un emploi mérité.

Il nous reste maintenant pour terminer l'étude du traitement de la paralysie faciale, à dire quelques mots sur le résultat que l'on peut obtenir par les injections du 606.

Ce médicament a, en effet, une action très rapide et

très efficace sur les accidents secondaires en général, et sur les accidents tertiaires. C'est ainsi que l'on peut voir des plaques muqueuses confluentes disparaître en deux ou trois jours. Il sera donc tout naturel de recourir à cette médication dans les cas de paralysie faciale syphilitique où il comporte d'agir énergiquement pour enrayer la maladie.

Il est certain que si l'on emploie le 606 dès le début de la période primaire à titre de traitement abortif, on a bien des chances d'enrayer la maladie et de supprimer tout accident secondaire, mais pour cela il faut intervenir de bonne heure et pratiquer cinq ou six injections de 606, et il sera même prudent de continuer par la suite un traitement mercuriel de sécurité.

Cette suppression des accidents secondaires et l'inversion de la réaction de Wassermann, qui de positive devient négative, semblent donc prouver que l'on arrive actuellement mieux que par les méthodes anciennes à guérir la syphilis grâce au 606. De nombreux cas de réinfection signalés par Miliau, Brocq, Jeanselme, viennent confirmer encore cette assertion. Par contre, si l'abortion de la syphilis paraît presque continue 95 fois sur 100, lorsqu'on la traite dès le début par le 606, il n'en est pas de même lorsqu'on emploie cette médication en pleine période secondaire. Evidemment les accidents quels qu'ils soient disparaissent très rapidement sous l'influence de ce nouveau traitement, mais la guérison proprement dite de la maladie paraît beaucoup plus difficile à obtenir. C'est ainsi qu'on voit souvent des malades ayant subi trois ou quatre injections au moment de leur roséole, reprendre trois ou

quatre mois après des accidents secondaires. Il importe donc d'être très réservé sur les résultats définitifs que nous sommes en droit d'attendre du salvarsan à la période secondaire, et il est prudent, tout en continuant à l'employer, pour enrayer rapidement les accidents, de faire par la suite un traitement mercuriel énergique et prolongé, pour éviter les récidives et mieux assurer la guérison, qui s'obtiendra à la longue, grâce à la combinaison des deux médications par le 606 et par le mercure. De plus, il faut se méfier à la période secondaire des neuro-récidives qui peuvent se produire, à la suite des premières injections de salvarsan, et parmi les neuro-récidives, on peut signaler les paralysies faciales. Il paraît de plus en plus certain que ces neuro-récidives ne devront pas être attribuées à une action toxique du médicament, mais bien plutôt à une localisation précoce du tréponème sur le système nerveux. En pareil cas, on peut instituer le traitement par le salvarsan, qui méthodiquement employé guérira les accidents des neuro-récidives aussi bien que les autres. Si toutefois on n'osait pas recourir au 606 contre les accidents des neuro-récidives, il faudrait alors faire une médication mercurielle par injections aussi intensive que possible.

A la période tertiaire le salvarsan paraît avoir une action plus radicale qu'à la période secondaire.

Non seulement, les accidents tertiaires gommeux, ulcéreux disparaissent rapidement sous l'influence des injections de 606, mais on ne constate pas de récidives fréquentes comme à la période secondaire.

Quoi qu'il en soit, il est certain que le 606 constitue un très grand progrès au point de vue du traitement de

la syphilis. D'une part, employé dès la période primaire, il paraît avoir véritablement un effet abortif. D'autre part, dans les syphilis secondaires, dans les syphilis malignes précoces, dans les syphilis tertiaires, il est véritablement immédiatement précieux en ce sens qu'il fait rapidement disparaître les lésions suintantes et ulcéreuses. Mais toutefois, il sera prudent, pour éviter toute récurrence et mieux assurer la guérison de la maladie d'avoir recours après trois ou quatre injections de salvarsan au mercure qui s'élimine plus lentement et qui constituera toujours la médication de fond de la syphilis.

CHAPITRE VI

F. — CONCLUSIONS

De toute cette étude, nous tirerons donc les conclusions suivantes :

1° La paralysie faciale syphilitique se montre beaucoup plus fréquente pendant les premiers temps de la syphilis qu'à une époque reculée.

C'est surtout un accident de la période secondaire.

2° Elle est un accident bénin au début de la syphilis et cède encore très facilement *au traitement* quand elle survient à la période secondaire, et au contraire, elle doit être considérée comme très grave et difficilement guérissable quand elle apparaît à une époque tardive.

3° Le traitement syphilitique est l'élément le plus important du diagnostic. Il devra être appliqué à tous les cas de paralysies faciales, d'origine douteuse et permettra peut-être de rattacher à la syphilis un certain nombre de paralysies dont la nature ne peut être déterminée.

4° Des lésions définitives cicatricielles peuvent s'être produites au niveau du nerf. Dans ce cas, le traitement mercuriel sera à peu près sans effet, et après l'échec de l'iodure de potassium, on aura recours, en désespoir de cause, aux nombreux procédés de thérapeutique des paralysies faciales banales.

Vu :

Vu :

Le Président de la Thèse.

Le Doyen,

ROQUE.

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 8 novembre 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUDOIN. — Des syphilis graves précoces (obs. LXXV, p. 116).
- BERDAL. — Traité de la syphilis, p. 315, Paris, 1907.
- BOUCHARD et BRISSAUD. — Traité de médecine, chap. des névrites, t. X, p. 54.
- DEBOVE et ACHARD. — Manuel de médecine, t. IV, p. 107.
- DEMANGE. — Observation III dans la thèse de Baudet. (Examen histologique des trijumeaux.)
- FOURNIER. — Traité de la syphilis, t. I, p. 654, Paris, 1899.
- Les affections parasyphilitiques, Paris, 1894, p. 4 et 359.
- FOSSIER. — Les traitements de la syphilis. (Thèse de Paris, 9 mai 1906.)
- GRENEL. — Contribution à l'histoire des névrites syphilitiques. (Th. de Paris, 1900.)
- GILLES DE LA TOURELLE et HUDELO. — Syphilis malignes précoces du système nerveux. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, p. 686, 1892.)
- GROS et LANCEREAUX. — Affections nerveuses syphilitiques, Paris, 1861.
- HERROUET (P.). — De la névralgie syphilitique du trijumeau, Paris, 1903.
- JULIEN. — Traitement des maladies vénériennes, Paris, 1885, p. 655.
- LANCEREAUX. — Leçons de clinique médicale, 1882, p. 221.
- LÉVY et BAUDOIN. — *Presse médicale*, 17 février 1906.
- LAMBACO. — Des affections nerveuses syphilitiques, Paris, 1862.
- MENETREL. — Contribution à l'étude clinique des névrites et poly-névrites périphériques à la période secondaire de la syphilis. (Thèse de Paris, 1878.)
- COMMANDEUR. — Diplégie faciale au cours de la syphilis secondaire. (*Province médicale*, 1893, p. 222.)
- DUCHENNE. — De l'électrisation localisée, 1855.
- HIRTZ. — Société médicale des hôpitaux, 1901, 22 novembre.
- MONINSKO. — Sur la paralysie faciale bilatérale, *Messenger neurologique* (de Kasan), 1893, t. 1, fasc. 3, p. 34, analysé in *Revue neurologique*, 1894, p. 119.

22233 — Imprimeries Réunies, 8, rue Rachais, Lyon.
